ÜBER STILWANDLUNGEN BEI DER ENDOGENEN DEPRESSION

Die klinischen Erscheinungen der Melancholie in ihrer Abhängigkeit vom Aufnahmejahr, Geburtsjahr und von anderen Faktoren

Walter Schön

1967

Aus der Nervenklinik der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Kurt Kolle

ÜBER STILWANDLUNGEN BEI DER ENDOGENEN DEPRESSION

Die klinischen Erscheinungen der Melancholie in ihrer Abhängigkeit vom Aufnahmejahr, Geburtsjahr und von anderen Faktoren

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt
und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Walter Schön
aus
München

München 1967

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Privatdozent Dr. H. Lauter
Mitberichterstatter:	Professor Dr. J. E. Meyer
	Professor Dr. K. Kolle
Dekan:	Professor Dr. M. Kiese
Tag d. mündl. Prüfung:	9. Mai 1967

UNIV.
LEIDEN
NBL.

INHALT

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. FRAGESTELLUNG	1
III. METHODIK	3
IV. ERGEBNISSE	
A. Der Einfluß des Aufnahme- und Geburtsjahrganges auf die depressiven Symptome	
1. Schuldideen	
a) der verletzte Wertbereich	5
b) die Schuldfolgen	18
2. Nihilistische Ideen	23
3. Verarmungsideen	23
4. Hypochondrische Ideen	24
5. Klagen über körperliche Beschwerden	26
6. Insuffizienzideen	27
7. Angst vor künftiger Arbeitsunfähigkeit	29
8. Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall	30
9. Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes	31
10. Paranoische Ideen	31
11. Suicidideen und Suicidversuche	32
B. Der Einfluß zeitunabhängiger Faktoren auf die depressiven Symptome	
1. Abhängigkeit vom Geschlecht	33
2. Abhängigkeit vom Lebensalter	35
3. Abhängigkeit vom Beruf	37
4. Abhängigkeit vom Wohnort	39
V. DISKUSSION DER ERGEBNISSE	41
VI. ZUSAMMENFASSUNG	44
LITERATURANGABEN	46

I. EINLEITUNG

Das klinische Bild der endogenen Depression weist in anderen Kulturkreisen viele Eigenarten auf, die einem westeuropäischen Psychiater oft nicht vertraut sind. So stehen nach den Untersuchungen von LAMBO in Nigerien im allgemeinen unbestimmte körperliche Beschwerden im Vordergrund der Melancholie; Selbstbezichtigungen und Versündigungsideen sind dagegen selten, und auch die Senkung der Stimmungslage tritt gegenüber den psychosomatischen Störungen häufig derart zurück, daß die Krankheit leicht als Neurose oder Neurasthenie verkannt wird. In Indien kommen Selbstanklagen und Versündigungsideen fast nur bei den jüngeren und gebildeten Patienten vor, die stärker mit der westlichen Kultur in Berührung gekommen sind; bei der sundanesischen und chinesischen Bevölkerung von Westjava fehlen sie ganz (PFEIFFER). Vergleichend psychiatrische Erhebungen, die vor kurzem in verschiedenen Ländern und Erdteilen durchgeführt wurden, lassen an einen besonders engen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Schuldvorstellungen und dem Einfluß der jüdischen und christlichen Religion denken (MURPHY et al.).

II. FRAGESTELLUNG

Die Beobachtung verschiedener Erscheinungsformen der endogenen Depression in anderen Teilen der Welt legt die Frage nahe, ob der Stil dieser Krankheit innerhalb unseres eigenen Kulturkreises gleich geblieben ist, oder ob die kulturellen Wandlungen der vergangenen Jahrzehnte dem klassischen Bild der Melancholie auch bei uns neue Schattierungen verliehen haben.
Über das "Zeitgemäße" als Problem der Psychiatrie liegen bereits eine Reihe von Untersuchungen vor. Nachdem schon W.WAGNER, JASPERS, von BAEYER und andere Autoren auf Zusammenhänge zwischen Zeitgeist und Symptomgestaltung der Psychosen hingewiesen hatten, beschäftigten sich vor allem H.KRANZ und A.von ORELLI mit den historischen Wandlungen der Melancholie.

KRANZ wies an einem Beobachtungsgut von 243 Zyklothymien aus der Heidelberger Klinik nach, daß die depressiven Kranken ihre Wahnthemen nicht aus ihrer Zeit beziehen und von ihrer Umgebung deutlich weniger beeinflußt werden als die Schizophrenen. Der Schwermütige stehe "einsam und ungerührt" in seiner Zeit. So könne man z.B. Verarmungswahn in einer Epoche höchster wirtschaftlicher Prosperität ebensohäufig finden wie in einer Zeit wirtschaftlicher Krisen. KRANZ folgert daraus, daß sich der Depressive paradoxerweise viel autistischer verhalte als der Schizophrene mit seinen ungleich mannigfaltigeren Zeitbezügen. Dagegen ist von ORELLI an der Basler Klinik zu anderen Ergebnissen gekommen. Seine Untersuchung erstreckt sich auf alle endogen Depressiven (241 Pat.), die in der Zeit zwischen 1878 und 1952 in die Klinik aufgenommen wurden, umfaßt also einen Zeitraum von rund 75 Jahren. Dabei ergab sich, daß die Versündigungsideen in der untersuchten Zeitspanne abgenommen, die Selbstvorwürfe wegen krimineller Delikte und noch mehr die Selbstbeschuldigungen wegen beruflicher oder familialer Pflichtversäumnisse dagegen zugenommen haben. Bei den Strafvorstellungen war ein Rückgang sowohl der religiösen wie der gerichtlichen Strafideen und ebenso der als Schuldfolge aufgefaßten Vorstellungen von "Würdelosigkeit" zu beobachten. Eine Verschiebung zeigte sich auch bei der Untersuchung der Instanzen, gegenüber denen sich die Patienten schuldig fühlen. Es fiel ein deutliches Schwinden der Anerkennung einer göttlichen Macht und in geringerem Maße auch der weltlichen Autorität auf; dagegen gewann die mitmenschliche Instanz und die unklare Instanzvorstellung immer mehr an Bedeutung. Hypochondrische Befürchtungen wurden von den Patienten in jüngerer Zeit häufiger vorgebracht, Verarmungsideen etwas seltener. Die Insuffizienz- und Kleinheitsideen nahmen merklich zu und waren im letzten Drittel des beobachteten Zeitraums dreimal häufiger zu finden als im ersten Zeitabschnitt.

III. METHODIK

Angesichts der unterschiedlichen Ergebnisse der Untersuchungen von ORELLI und KRANZ schien es lohnend, die Frage der "historischen Plastizität" der endogenen Depression anhand unseres eigenen Krankenbestandes nachzuprüfen. Da die Münchner Nervenklinik erst im Jahre 1903 errichtet wurde, mußten wir uns auf einen kürzeren Beobachtungszeitraum beschränken. Außerdem erschien es zweckmäßig, sich bei der großen Zahl verfügbarer Krankengeschichten von vorneherein mit einer Stichprobenanalyse zu begnügen. Dabei wurden je 120 Krankenblätter aus vier Jahrgängen - nämlich 1910, 1928, 1946 und 1963 - durchgesehen. Der untersuchte Zeitraum umfaßt also eine Spanne von 53 Jahren; zwischen den einzelnen Jahrgängen liegt ein Intervall von jeweils 17 - 18 Jahren. Die Stichproben erfolgten in der Weise, daß innerhalb jedes Jahrgangs die ersten 60 männlichen und die ersten 60 weiblichen Patienten mit der Diagnose "Endogene Depression", "Zyklothymie" oder "Involutionsdepression" für die Untersuchung herangezogen wurden. Ausgeschieden wurden in jedem Aufnahmejahr eine etwa gleiche Anzahl diagnostisch fragwürdiger Fälle, ferner Patienten mit deutlichen organischen Veränderungen sowie einige inhaltlich ungenügende Krankenblätter. Die Krankengeschichten des Jahres 1910 waren durch Kriegseinwirkungen verlorengegangen; für diesen Zeitraum standen aber ausführliche, teilweise von Kraepelin selbst verfaßte Zählkarten zur Verfügung.
Von den insgesamt 480 ausgewerteten Depressionen wurde eine Symptomstatistik angelegt und die Abhängigkeit der depressiven Ideen und Beschwerden von den vier Zeitabschnitten überprüft. Außerdem wurden die von uns untersuchten Kranken auch nach den Geburtsjahrgängen geordnet, um so, unabhängig von den einzelnen Jahren der Klinikaufnahme, mögliche Zusammenhänge zwischen den Krankheitssymptomen und den für die Persönlichkeitsprägung entscheidenden Jugendjahren der Patienten nachzuweisen. Das Jahr 1914 wurde dabei als historisch zu rechtfertigender Einschnitt angesehen. 87 Kranke waren nach 1914 geboren, die wesentlich größere Gruppe der vor 1914 Geborenen wurde nochmals in zahlenmäßig etwa gleiche Gruppen unterteilt: Patienten, die vor 1880 (190 Pat.) und Patienten, die zwischen 1880 und 1914 (203 Pat.) geboren sind.

Schließlich wurde noch der Einfluß zeitunabhängiger Faktoren - nämlich des Geschlechts, des Lebensalters, des Berufs und des Wohnorts - auf die depressiven Symptome untersucht. Unter den 480 Ausgangsprobanden waren Männer und Frauen gleich häufig vertreten; hier konnten daher bei der zahlenmäßigen Erfassung der Symptome die absoluten Ziffern angegeben werden. Dagegen war das Beobachtungsgut ungleichmäßig auf die übrigen Variablen verteilt. Die absoluten Zahlen waren hier in einigen Fällen so niedrig, daß bei der Auswertung der Ergebnisse mit einer größeren Fehlerbreite gerechnet werden muß.
Die Patienten wurden in vier Altersgruppen aufgeteilt: die erste Gruppe umfaßt Patienten, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, die zweite Gruppe Kranke zwischen 30 und 45 Jahren, die dritte Gruppe Kranke zwischen 45 und 60 Jahren, und die letzte Gruppe Patienten, die das 60. Lebensjahr überschritten haben.
Bei der Aufgliederung nach Berufen wurde folgende Einteilung vorgenommen: 1. Akademiker und Patienten mit Hochschulreife, 2. selbständige Kaufleute und Geschäftsinhaber, 3. mittlere und untere Beamte, 4. Landwirte, 5. Facharbeiter in abhängiger Stellung und 6. Hilfsarbeiter. Bei verheirateten Frauen ohne besondere berufliche Ausbildung wurde unserer Auszählung der Beruf des Mannes zugrundegelegt.
Die Wohnorte der Patienten wurden eingeteilt in Landgemeinden bis zu etwa 5000 Einwohner und in größere Städte über 50000 Einwohner. Ausgewertet wurden nur Fälle, in denen Geburts- und Wohnort identisch waren oder beidemal entweder zum Land oder zur Stadt zählten.
Eine Aufteilung des Beobachtungsgutes nach konfessionellen Gesichtspunkten ließ sich nicht durchführen, da der überwiegende Teil der Patienten katholisch war und das Ausgangsmaterial der Protestanten - es waren insgesamt 69 - zu gering gewesen wäre, um eine sinnvolle Auszählung zu ermöglichen.
Durch eine statistische Nachprüfung der Untersuchungsergebnisse konnten wir uns davon überzeugen, daß der beobachtete Symptomwandel nicht rein zufällig war; das χ^2 war in den meisten Fällen größer als 7,8 und lag somit innerhalb einer selbstgewählten Signifikanzstufe von 95 %, so daß die Irrtumswahrscheinlichkeit höchstens 5 % beträgt.

IV. E R G E B N I S S E

A. DER EINFLUSS DES AUFNAHME- UND GEBURTSJAHRGANGS AUF DIE DEPRESSIVEN SYMPTOME

1. Schuldideen

Der Schuldkomplex setzt sich, wie von ORELLI ausführte, aus drei mehr oder weniger ausgeprägten Teilvorstellungen zusammen: dem Vergehen, auf das sich das Schuldgefühl bezieht, der Instanz, gegen die der Schuldige verstoßen hat, und schließlich der Vorstellung, die Verfehlung würde nachteilige Folgen für die eigene Person nach sich ziehen. Den Schuldfolgen, die als bereits eingetreten oder noch bevorstehend betrachtet werden, stehen die Patienten verschieden gegenüber: sie werden als Strafe aufgefaßt, so daß zur drückenden Last der Schuld nun noch die Angst vor der Schuldfolge hinzutritt, oder aber sie werden als Mittel zur Sühne herbeigesehnt, wodurch sich der Patient Befreiung von seinen Schuldgefühlen erhofft. Doch darf nicht in allen Fällen ein fixes Ursache-Wirkungs-Verhältnis angenommen werden; sicher ist bei einem Teil der Patienten die Angst vor einer bestimmten Strafe, etwa vor Verdammung oder Hinrichtung, das Primäre und die Schuld, die eine derartige Strafe rechtfertigte, etwas sekundär Konstruiertes - was auch an dem zuweilen groben Mißverhältnis zwischen der relativ geringfügigen Schuld und der Schwere der erwarteten Schuldfolge abzulesen ist. Es steht auch nicht allen Schuldideen eine Schuldfolgevorstellung gegenüber, was unter anderem seinen Grund darin haben mag, daß die rein menschliche Instanz keine Strafkompetenz im üblichen Sinne besitzt.

a) d e r v e r l e t z t e W e r t b e r e i c h

aa) Gesamtheit der Schuldideen

Tab. 1 zeigt sie Häufigkeit der Schuldideen bei Patienten der einzelnen untersuchten Aufnahmejahre und Geburtsjahrgänge. Dabei wurden unter Schuldideen alle Selbstvorwürfe verstanden, die mit einem subjektiv erlebten Schuldgefühl verbunden waren. Klagte sich ein Patient mehrerer Vergehen an, so wurden diese Selbstvorwürfe nur einmal gezählt. Tab. 1 gibt also nicht die Summe aller vorgebrachten Selbstanklagen wieder, sie zeigt lediglich, wie häufig bei den untersuchten Depressionen Schuld als solche eine Rolle spielte.

Tab.1

a) Abhängigkeit der Schuldideen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Schuldideen
1910	120	74
1928	120	71
1946	120	63
1963	120	51
Alle Jahrgänge	480	259

b) Abhängigkeit der Schuldideen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Schuldideen
vor 1880	190	120
1880 - 1914	203	106
nach 1914	87	33

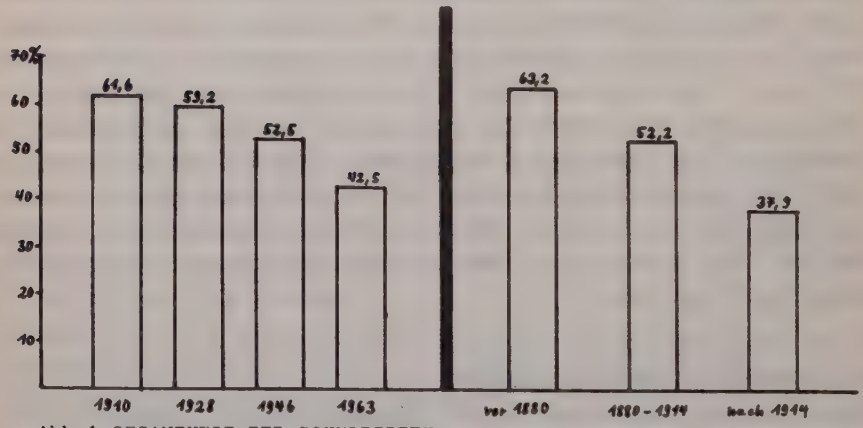

Abb.1 GESAMTHEIT DER SCHULDIDEEN

(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Wie aus der Tab.1 und der entsprechenden graphischen Darstellung (Abb.1) hervorgeht, nehmen die Schuldideen im untersuchten Zeitraum ab, eine Entwicklung, die bei der Aufteilung des Krankenguts nach Geburtsjahrgängen noch deutlicher zum Ausdruck kommt.
Es wurde nun versucht, diese Schuldideen je nach dem verletzten Wertbereich und der richtenden Instanz in verschiedene Schuldkategorien aufzugliedern.

bb) Religiöse Vergehen
Zu den religiösen Vergehen wurden alle jene Verfehlungen gegen göttliche oder kirchliche Gebote gerechnet, die nur von den Gläubigen der gleichen Religionsgemeinschaft als solche empfunden werden, außerhalb der betreffenden Glaubenslehre jedoch nicht als Verstöße gegen eine Wertordnung gelten würden, z.B. Glaubensverlust oder Glaubenszweifel, unwürdiger Empfang der Sakramente, nachlässiges oder seltenes Beten, Verstöße gegen bestimmte Kirchengebote und ähnliches.
Die in einigen Krankengeschichten - besonders im Jahre 1910 - nicht näher beschriebenen "Versündigungsideen" seien hier ebenfalls aufgeführt, da es sich dabei um Vergehen im Sinne der oben gewählten Definition oder zumindest um Verstöße gegen eine göttliche Instanz handeln dürfte.

Tab.2

a) Abhängigkeit religiöser Vergehen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Religiöse Vergehen	"Versündigungsideen"
1910	120	15	10
1928	120	13	1
1946	120	12	2
1963	120	7	2
Alle Jahrgänge	480	47	15

b) Abhängigkeit religiöser Vergehen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Religiöse Vergehen	"Versündigungsideen
vor 1880	190	23	7
1880 - 1914	203	19	8
nach 1914	87	5	0

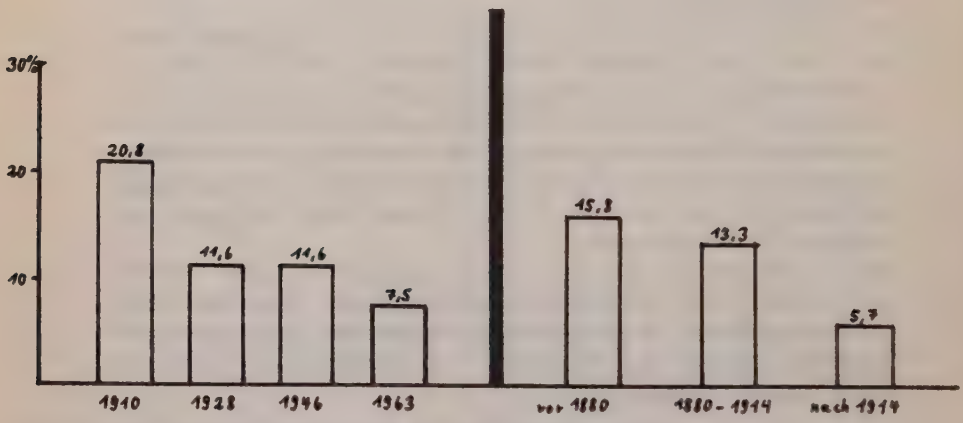

Abb.2 SELBSTVORWÜRFE WEGEN RELIGIÖSER VERGEHEN
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Der Rückgang religiöser Vergehen zeichnet sich bei der Untersuchung der Aufnahmejahre noch klarer ab, wenn die "Versündigungsideen" zu den rein religiösen Vergehen addiert werden, wie dies in Abb.2 geschah. Auch bei den Geburtsjahrgängen zeigt sich die sinkende Tendenz.

cc) Ethische Vergehen

Unter ethischen Vergehen wurden hier Verstöße gegen allgemein anerkannte ethische Gesetze verstanden, wobei Gott, der Staat, der Mitmensch oder das eigene Gewissen als verletzte Instanzen betrachtet werden. Dazu zählen z.B. Lüge, Ungehorsam, Lieblosigkeit gegenüber den Mitmenschen u.ä.

Tab.3

a) Abhängigkeit ethischer Vergehen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Ethische Vergehen
1910	120	15
1928	120	12
1946	120	9
1963	120	6
Alle Jahrgänge	480	42

b) Abhängigkeit ethischer Vergehen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Ethische Vergehen
vor 1880	190	20
1880 - 1914	203	16
nach 1914	87	6

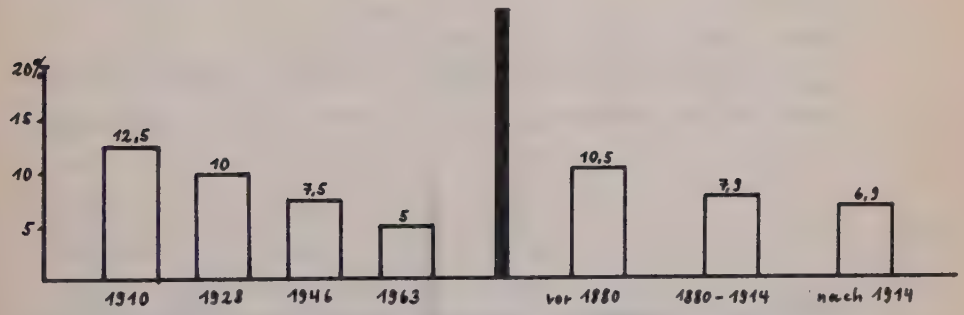

Abb.3 SELBSTVORWÜRFE WEGEN ETHISCHER VERGEHEN
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Wie die Abb.3 zeigt, sind auch die Selbstanklagen wegen Vergehen gegen allgemein anerkannte ethische Normen - bei den Aufnahmejahren sogar ganz kontinuierlich - zurückgegangen.

id) Kriminelle Delikte

Kriminelle Delikte werden hier definiert als strafbare Handlungen im Sinne des Strafgesetzbuches wie z.B. Abtreibung, Diebstahl, Steuerhinterziehung, Meineid u.ä.

Tab.4

a) Abhängigkeit krimineller Delikte vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Kriminelle Delikte
1910	120	15
1928	120	10
1946	120	13
1963	120	6
Alle Jahrgänge	480	44

b) Abhängigkeit krimineller Delikte vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Kriminelle Delikte
vor 1880	190	15
1880 - 1914	203	27
nach 1914	87	2

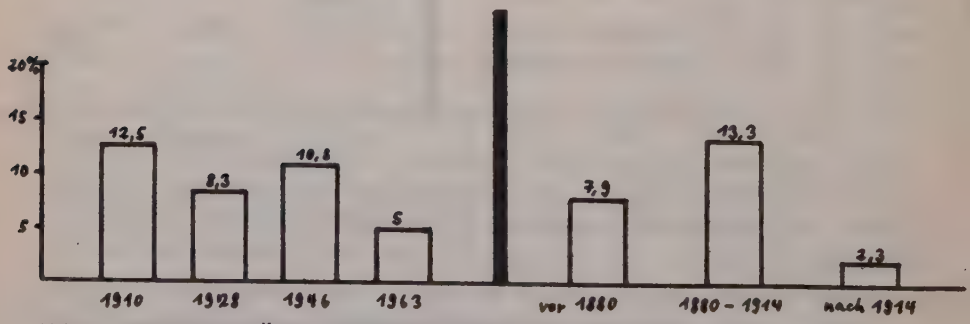

Abb.4 SELBSTVORWÜRFE WEGEN KRIMINELLER DELIKTE
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Die Unterbrechung des absteigenden Trends der kriminellen Delikte (Abb.4) im Jahre 1946 hängt wahrscheinlich mit der politischen Fragebogenatmosphäre der damaligen Zeit zusammen, denn von den 13 Selbstvorwürfen dieser Art beziehen sich 7 auf Urkundenfälschung. Diese Vergehen sind auch für den Anstieg der strafbaren Handlungen bei der Gruppe der zwischen 1880 und 1914 geborenen Patienten verantwortlich. Wollte man zu den kriminellen Delikten auch noch politische Vergehen (z.B. Selbstvorwürfe wegen Parteizugehörigkeit) zählen, so käme diese Unterbrechung noch deutlicher zum Ausdruck; von den insgesamt 12 Schuldvorwürfen wegen politischer Vergehen treffen nämlich 11 auf das Jahr 1946 und alle auf die Gruppe der zwischen 1880 und 1914 Geborenen.

ee) Sexuelle Vergehen

Die sexuellen Vergehen könnte man - ebenso wie die darauf folgenden Pflichtversäumnisse - zu den ethischen Verstößen, zum Teil auch zu den strafbaren Handlungen zählen, doch wurden sie wegen ihrer Häufigkeit und ihrer psychologischen Sonderstellung getrennt aufgeführt.

Tab.5

a) Abhängigkeit sexueller Vergehen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Sexuelle Vergehen	davon Onanie
1910	120	13	4
1928	120	16	8
1946	120	16	7
1963	120	8	1
Alle Jahrgänge	480	53	20

b) Abhängigkeit sexueller Vergehen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Sexuelle Vergehen	davon Onanie
vor 1880	190	25	10
1880 - 1914	203	21	9
nach 1914	87	7	1

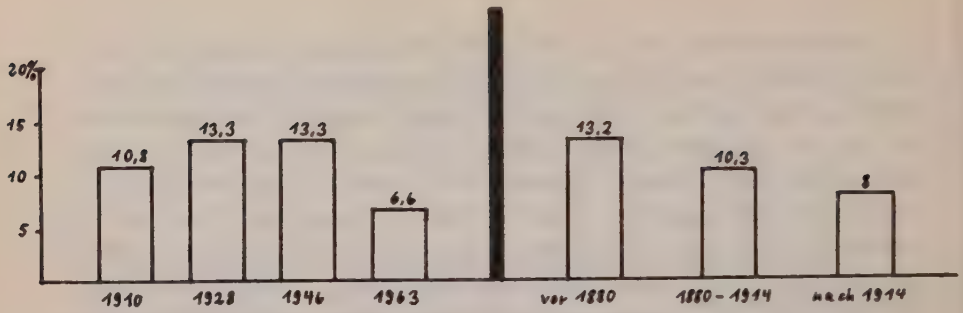

Abb.5 SELBSTVORWÜRFE WEGEN SEXUELLER VERGEHEN
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Selbstvorwürfe wegen sexueller Vergehen haben in jüngster Zeit abgenommen (Abb.5). Dieser Rückgang ist durch die Abnahme der Selbstanklagen wegen Onanie bedingt, denn an der Häufigkeit der übrigen sexuellen Vergehen hat sich, wie Tab.5a zeigt, kaum etwas geändert.

ff) Verstöße gegen Berufspflichten

Zu den beruflichen Pflichtversäumnissen wurden hier Selbstvorwürfe gerechnet, faul oder ungenau in der Arbeit gewesen zu sein, die Arbeitszeiten nicht richtig eingehalten, den Haushalt vernachlässigt zu haben und ähnliches.

Tab.6

a) Abhängigkeit der Verstöße gegen Berufspflichten vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Berufspflichten
1910	120	4
1928	120	16
1946	120	19
1963	120	24
Alle Jahrgänge	480	63

b) Abhängigkeit der Verstöße gegen Berufspflichten vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Berufspflichten
vor 1880	190	13
1880 - 1914	203	31
nach 1914	87	19

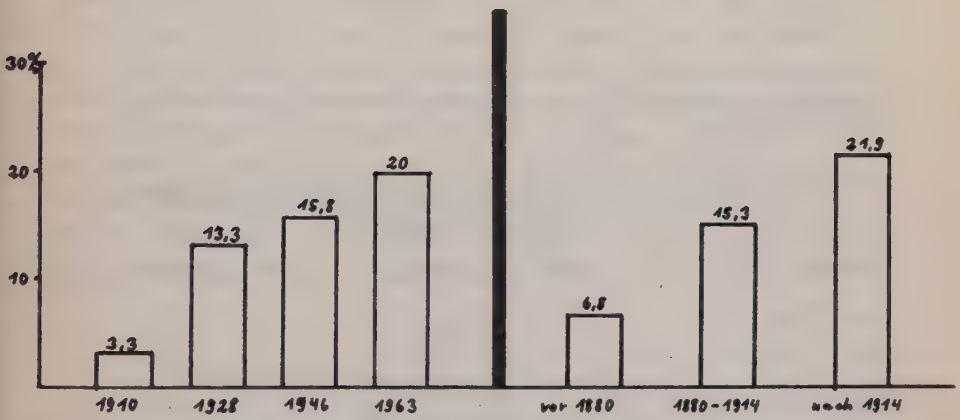

Abb.6 SELBSTVORWÜRFE WEGEN VERNACHLÄSSIGUNG DER BERUFSPFLICHTEN (in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Bei den Verstößen gegen Berufspflichten findet man eine den bisher aufgeführten Schuldideen entgegengerichtete Tendenz: eine deutliche Zunahme sowohl bei der Untersuchung der einzelnen Aufnahmejahre wie der Geburtsjahrgänge (Abb.6).

gg) Verstöße gegen Familienpflichten

Selbstvorwürfe, die Kinder schlecht erzogen oder sich zu wenig um den Ehepartner gekümmert zu haben, gehören zu den am häufigsten angegebenen Verstößen gegen Familienpflichten.

Tab.7

a) Abhängigkeit der Verstöße gegen Familienpflichten vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Familienpflichten
1910	120	2
1928	120	3
1946	120	6
1963	120	14
Alle Jahrgänge	480	25

b) Abhängigkeit der Verstöße gegen Familienpflichten vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Familienpflichten
vor 1880	190	2
1880 - 1914	203	14
nach 1914	87	9

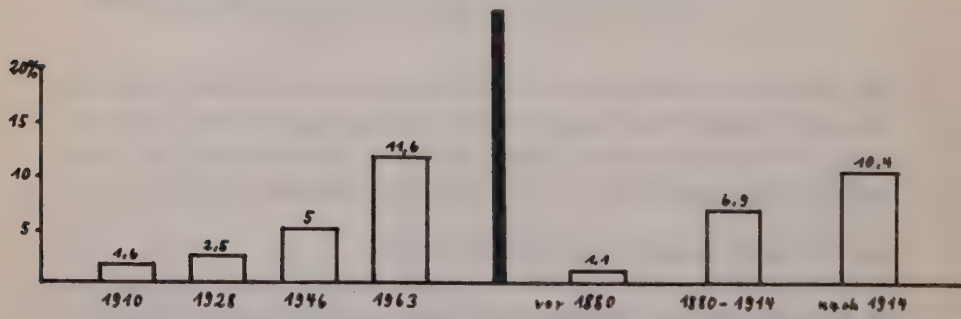

Abb.7 SELBSTVORWÜRFE WEGEN VERNACHLÄSSIGUNG DER FAMILIENPFLICHTEN (in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Auch bei den Familienpflichten ist ein auffallender Anstieg der vorgebrachten Selbstbeschuldigungen zu erkennen (Abb.7).

hh) Die Schuld am Unglück Anderer

Bei den Patienten, die sich für schuldig am Unglück ihrer Mitwelt halten, kann man zwei Gruppen unterscheiden: Patienten mit konkreten Selbstanklagen - sie seien schuld an der Verarmung, der Krankheit, dem Tod oder der Verdammung Anderer - und eine etwa gleich große Gruppe von Patienten mit unbestimmten Schuldvorwürfen - sie seien schuld am "Unglück" ihrer Mitmenschen. Diese Schuldgefühle beziehen sich entweder auf die eigene Familie oder sie werden auf die weitere Umwelt des Patienten und schließlich sogar auf die ganze Menscheit ausgedehnt. Schuldideen dieser Art könnte man als Ausdruck besonders massiver Schuldfühligkeit auffassen; man könnte aber auch von Schuldfolgevorstellungen sprechen, nur daß diesmal die Mitwelt die Folgen für die Vergehen des Patienten zu tragen hat, ein für manche Kranke noch quälenderer Gedanke, da der Sühnecharakter der selbsterlittenen Strafe wegfällt.

Tab.8

a) Abhängigkeit der "Schuld am Unglück Anderer" vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Schuld am Unglück Anderer
1910	120	17
1928	120	25
1946	120	24
1963	120	15
Alle Jahrgänge	480	81

b) Abhängigkeit der "Schuld am Unglück Anderer" vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Schuld am Unglück Anderer
vor 1880	190	37
1880 - 1914	203	37
nach 1914	87	7

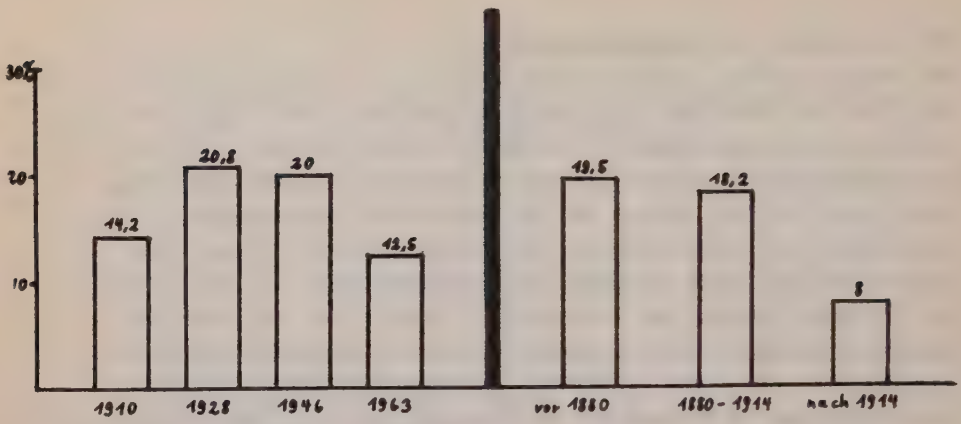

Abb.8 SCHULD AM UNGLÜCK ANDERER
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Selbstanklagen, am Unglück der Mitmenschen schuldig zu sein, zeigen bezüglich ihrer Häufigkeit keine klare Tendenz im Sinne einer kontinuierlichen Zu- oder Abnahme (Abb.8). Dagegen sind die besonders massiven Selbstvorwürfe, schuld am Elend der ganzen Welt zu sein, zurückgegangen; man findet sie 1910 in sechs Fällen, 1928 fünfmal, 1946 dreimal und 1963 nur noch einmal. Das starke Absinken bei der Gruppe der nach 1914 geborenen Patienten läßt sich wahrscheinlich durch die Tatsache erklären, daß sich unter diesen Kranken keine älteren Menschen befinden, die sich - wie später noch gezeigt wird - doppelt so häufig der Schuld am Unglück Anderer anklagen.

ii) "Existentielle" Schuld

Unter existentieller Schuld wurden hier jene primären, unableitbaren Schuldgefühle verstanden, von denen der Schwermütige in seiner ganzen Existenz durchdrungen ist, ohne daß ein Bezug zu einem bestimmten konkreten Vergehen nachzuweisen wäre. Der Patient gibt an, immer schon ein schlechter Mensch gewesen zu sein, zu allen Zeiten falsch gehandelt zu haben oder aber er bringt in monotoner Weise immer wieder diesselbe Anklage vor: " ich bin böse", "ich bin der größte Sünder" u.ä. Schließlich kann er sich sogar für die Verkörperung des Bösen oder für den Teufel selbst halten.

Tab.9

a) Abhängigkeit existentieller Schuldideen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Existentielle Schuldideen
1910	120	13
1928	120	15
1946	120	12
1963	120	15
Alle Jahrgänge	480	55

b) Abhängigkeit existentieller Schuldideen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Existentielle Schuldideen
vor 1880	190	25
1880 - 1914	203	20
nach 1914	87	10

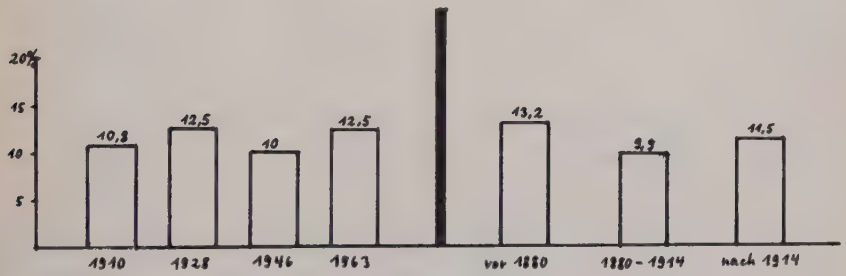

Abb.9 "EXISTENTIELLE" SCHULDGEFÜHLE
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Die existentiellen Schuldideen mit ihrem gleichbleibenden, und also auch nicht von der Zeit färbbaren Inhalt haben sich - im Gegensatz zu den bisher aufgeführten konkreten Schuldideen - ihrer Häufigkeit nach kaum geändert (Abb.9). Allerdings hat es den Anschein, daß die Patienten in den Jahren 1946 und 1963 nicht mehr so durchdrungen sind von ihrer abgrundtiefen Schlechtigkeit wie früher, - um es etwas überspitzt auszudrücken: aus dem "Ich bin der Schlechteste" ist ein "Ich bin schlecht" geworden.

b) d i e S c h u l d f o l g e n

aa) Gesamtheit der Schuldfolgevorstellungen

Die folgende Tabelle gibt die Häufigkeit der Schuldfolgevorstellungen wieder. Dabei gilt die gleiche Einschränkung wie bei der Gesamtheit der Schuldideen in Tab.1.

Tab.10

a) Abhängigkeit der Schuldfolgevorstellungen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Schuldfolgevorstellungen
1910	120	39
1928	120	39
1946	120	44
1963	120	17
Alle Jahrgänge	480	139

b) Abhängigkeit der Schuldfolgevorstellungen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Schuldfolgevorstellungen
vor 1880	190	69
1880 - 1914	203	59
nach 1914	87	11

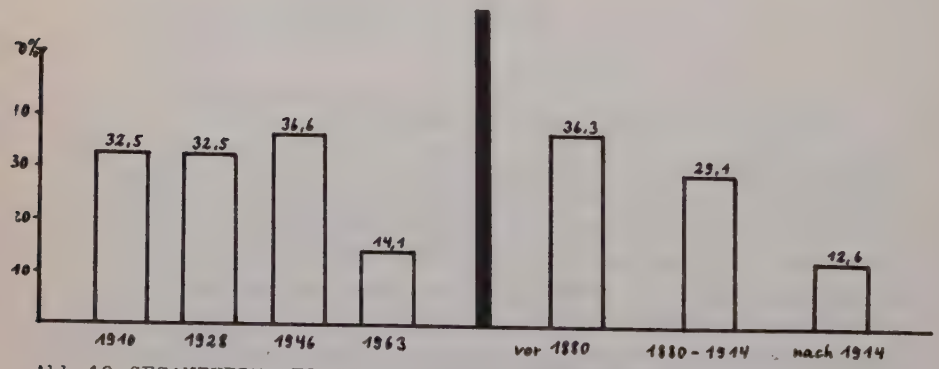

Abb.10 GESAMTHEIT DER SCHULDFOLGEVORSTELLUNGEN

(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Die Schuldfolgeideen weisen im Jahre 1946 einen Gipfel auf, sind aber 1963 erheblich zurückgegangen (Abb.10).
Es wurde nun ebenso wie bei den Schuldideen versucht, die Schuldfolgevorstellungen in mehrere Kategorien einzuteilen.

bb) Religiöse Strafideen
Bei den religiösen Strafen ist Gott, zuweilen auch die Kirche richtende Instanz. Am häufigsten wird die Verdammung befürchtet, aber auch Verlassenheit von Gott, Verlust der heiligmachenden Gnade oder Exkommunikation.

Tab.11

a) Abhängigkeit religiöser Strafideen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Religiöse Strafe
1910	120	18
1928	120	21
1946	120	9
1963	120	4
Alle Jahrgänge	480	52

b) Abhängigkeit religiöser Strafideen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Religiöse Strafe
vor 1880	190	35
1880 - 1914	203	12
nach 1914	87	5

Abb.11 RELIGIÖSE STRAFIDEEN
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Der Rückgang religiöser Strafvorstellungen (Abb.11) wird besonders deutlich, wenn man die beiden ersten und die beiden letzten Jahrgänge zusammenfaßt: während in den Jahren 1910 und 1928 noch 39 Patienten die Strafe eines göttlichen Richters erwarten, sind es 1946 und 1963 zusammen nur noch 13 Patienten, also genau ein Drittel.

cc) Gerichtliche Strafideen

Beispiele für die von einem weltlichen Gericht erwarteten Strafen: Hinrichtung, Zuchthaus oder Gefängnis, Geldstrafe, Wegnahme des Besitzes oder Berufsverbot.

Tab.12

a) Abhängigkeit gerichtlicher Strafideen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Gerichtl. Strafe	davon: Berufsverbot u. Wegnahme des Besitzes
1910	120	23	3
1928	120	18	3
1946	120	20	7
1963	120	8	1
Alle Jahrgänge	480	69	14

b) Abhängigkeit gerichtlicher Strafideen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Gerichtl. Strafe	davon: Berufsverbot u. Wegnahme des Besitzes
vor 1880	190	37	6
1880 - 1914	203	30	7
nach 1914	87	2	1

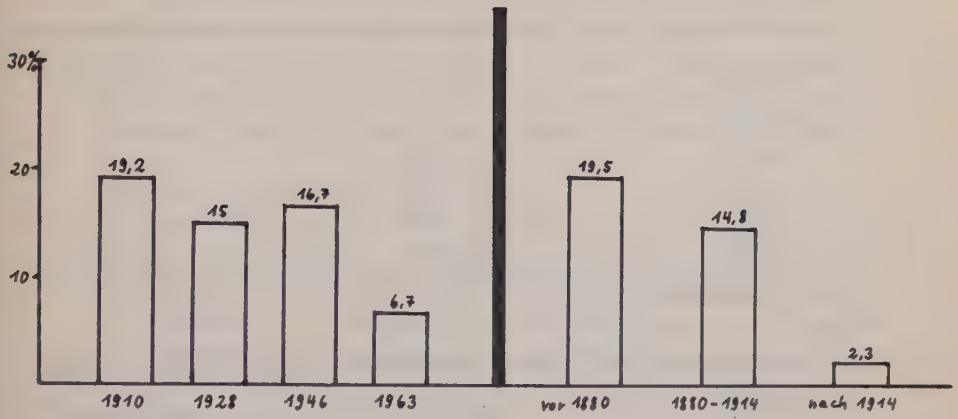

Abb.12 GERICHTLICHE STRAFIDEEN

(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Analog den Selbstbeschuldigungen wegen krimineller Delikte findet man auch bei den gerichtlichen Strafvorstellungen im Jahre 1946 eine Unterbrechung der absinkenden Tendenz (Abb.12). War für diese Unterbrechung im einen Fall die Zunahme der Urkundenfälschungen verantwortlich, so ist es diesmal das Ansteigen der Vorstellungen von Berufsverbot und Wegnahme des Besitzes, die im Jahre 1946 genauso häufig auftreten wie in den übrigen drei Jahrgängen zusammen, - ein Hinweis auf das Bestehen von Zeitbezügen auch bei Depressiven.

dd) Schande und Unwürdigkeit als Schuldfolgevorstellung

Das Gefühl der Schande, der Ehrlosigkeit, ja der völligen Verworfenheit oder die Überzeugung, keiner Sache mehr wert zu sein, weder der Liebe der Angehörigen, noch der ärztlichen Betreuung, ja nicht einmal mehr des Essens, wird von einem Teil der Patienten als verdiente Strafe empfunden.

Tab.13

a) Abhängigkeit der "Schande"-Vorstellungen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	"Schande"
1910	120	8
1928	120	12
1946	120	14
1963	120	3
Alle Jahrgänge	480	37

b) Abhängigkeit der "Schande"-Vorstellungen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	"Schande"
vor 1880	190	19
1880 - 1914	203	16
nach 1914	87	2

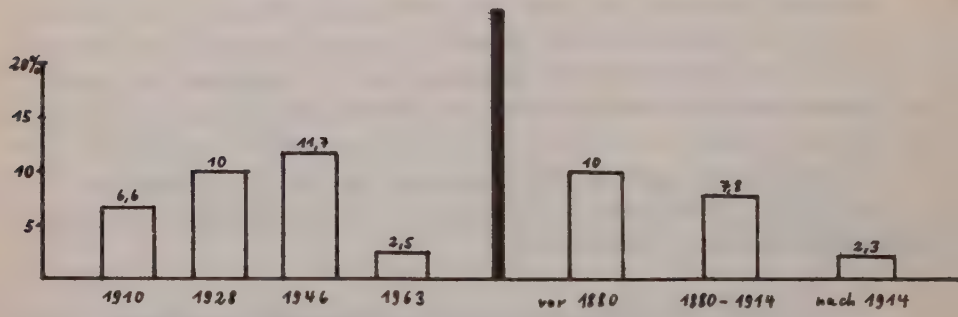

Abb.13 SCHANDE UND UNWÜRDIGKEIT ALS SCHULDFOLGE
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Vergleicht man die Abb.13 mit der graphischen Darstellung in Abb.8, so ist eine Ähnlichkeit der beiden Diagramme zu erkennen. Hier wie da findet man in den Jahren 1928 und 1946 das Maximum und im Jahre 1963 das Minimum, während das Jahr 1910 eine Zwischenstellung einnimmt. Auch bei der Untersuchung der Geburtsjahrgänge ergibt sich in beiden Fällen eine ähnliche Verlaufsform. Dies mag Zufall sein. Immerhin könnte ein Zusam-

menhang bestehen zwischen den Selbstvorwürfen, am Unglück der Mitmenschen schuldig zu sein, und dem als Strafe empfundenen Gefühl der Schande und des Ausgestoßenseins, da beidemal die Mitwelt verletzte oder richtende Instanz ist. Doch sind dergleichen Spekulationen angesichts der statistisch nicht genügend überzeugenden Signifikanz der Ergebnisse kaum am Platze.

ee) Krankheit als Schuldfolge

In einigen Fällen wird auch Krankheit als Strafe, und zwar zumeist göttliche Strafe, aufgefaßt. Man findet diese Vorstellungen in den Jahren 1910 und 1928 je einmal, 1946 fünfmal und 1963 viermal. Bei der geringen Zahl der Fälle ist auch hier eine Deutung der Zunahme nicht angebracht.

2. Nihilistische Ideen

Beispiele: "Ich lebe nur noch als Schatten", "ich habe keinen Darm mehr", "in meinen Adern fließt kein Blut", "die Menschen um mich leben nur zum Schein", "die ganze Welt ist tot".
Das Leugnen der Existenz der eigenen Person, bestimmter Körperteile, der Mitmenschen oder der ganzen Welt läßt sich 1910 und 1928 in je fünf Fällen, 1946 viermal und 1963 nur noch bei einem Patienten nachweisen.

3. Verarmungsideen

Das wahnhafte Überzeugtsein von bereits eingetretener oder noch bevorstehender Verarmung bezieht sich meist auf die Person des Patienten selbst, aber auch auf die Familie, die Mitmenschen und ganz selten sogar auf die ganze Welt.

Tab.14

a) Abhängigkeit der Verarmungsideen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Verarmungsideen
1910	120	30
1928	120	28
1946	120	27
1963	120	17
Alle Jahrgänge	480	102

b) Abhängigkeit der Verarmungsideen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Verarmungsideen
vor 1880	190	49
1880 - 1914	203	43
nach 1914	87	10

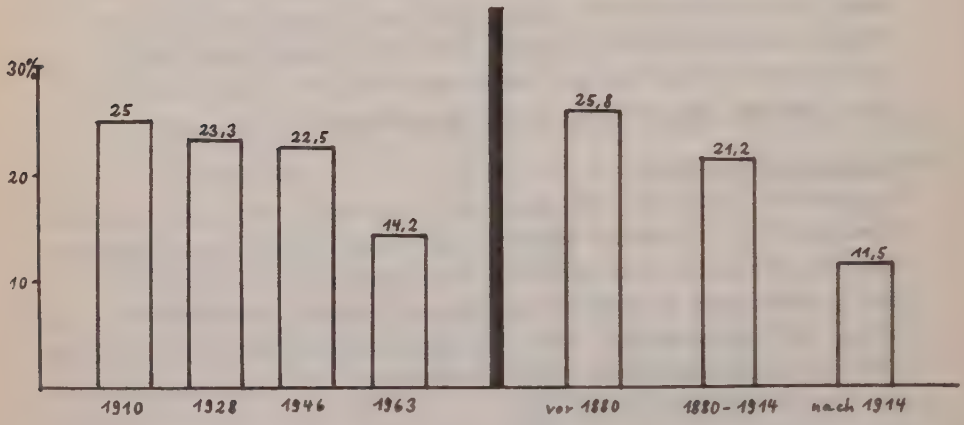

Abb.14 VERARMUNGSIDEEN
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Auf den zwischen 1910 und 1946 nur unbedeutenden Rückgang der Verarmungsideen folgt in der Zeit zunehmenden wirtschaftlichen Wohlstands zwischen 1946 und 1963 ein deutliches Absinken (Abb.14). Dieser Rückgang erfolgt kontinuierlicher bei der Aufteilung nach Geburtsjahrgängen.

4. Hypochondrische Ideen

Der Begriff der hypochondrischen Idee wurde in dieser Arbeit eng gefaßt und auf eine unbegründbare wahnhafte Angst vor schwerer oder unheilbarer Krankheit auf Grund eingebildeter oder geringfügiger Symptome beschränkt.

Tab.15

a) Abnängigkeit der hypochondrischen Ideen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Hypochondrische Ideen
1910	120	24
1928	120	30
1946	120	29
1963	120	33
Alle Jahrgänge	480	116

b) Abhängigkeit der hypochondrischen Ideen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Hypochondrische Ideen
vor 1880	190	43
1880 - 1914	203	49
nach 1914	87	24

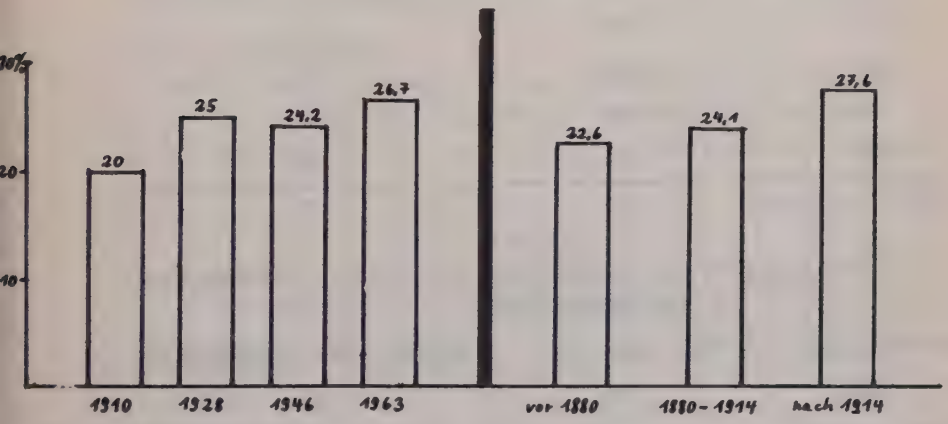

Abb.15 HYPOCHONDRISCHE IDEEN

(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Aus der Abb.15 geht hervor, daß die hypochondrischen Befürchtungen sowohl bei den untersuchten Aufnahmejahren wie Geburts-

5. Klagen über körperliche Beschwerden

Zu den körperlichen Beschwerden wurden nicht die ausgesprochenen Vitalstörungen gezählt - wie Schlaflosigkeit, Inappetenz, Gewichtsabnahme, Obstipation, Nachlassen der Libido oder Zyklusstörungen -, die bei genauer Befragung wohl von den meisten Patienten angegeben werden. Gemeint sind vielmehr Klagen über diffuse oder lokalisierte körperliche Funktionsstörungen häufig uncharakteristischer Art z.B. "Hämmern und Klopfen am ganzen Körper", "alles ist vereitert und verlaust", "mein ganzer Leib brennt", "krabbelndes Gefühl im Kopf", "Herzstiche", "Magenkrämpfe" usw.

Diese Beschwerden waren oftmals so vorherrschend, daß man an eine körperliche Krankheit denken konnte.

Tab.16

a) Abhängigkeit der Klagen über körperliche Beschwerden vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Körperliche Beschwerden
1910	120	25
1928	120	43
1946	120	53
1963	120	66
Alle Jahrgänge	480	187

b) Abhängigkeit der Klagen über körperliche Beschwerden vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Körperliche Beschwerden
vor 1880	190	47
1880 - 1914	203	85
nach 1914	87	55

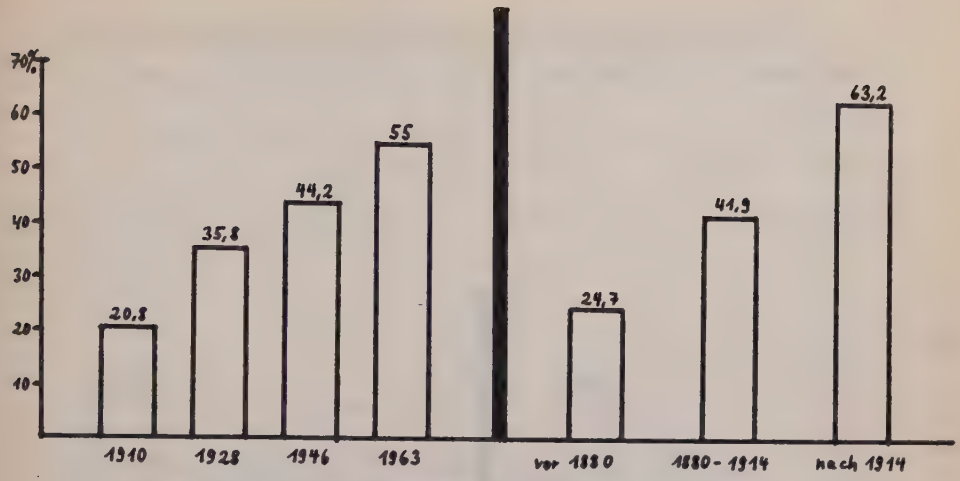

Abb.16 KLAGEN ÜBER KÖRPERLICHE BESCHWERDEN
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Klagen über körperliche Beschwerden sind, wie die Abb.16 erkennen läßt, im untersuchten Zeitraum erheblich angestiegen.

6. Insuffizienzideen

Zu den Insuffizienzideen zählen hier Klagen über Minderwertigkeit oder völlige Wertlosigkeit der eigenen Person oder der genen Leistungen, ohne daß damit ein Schuldvorwurf verbunden wäre.

Tab.17

Abhängigkeit der Insuffizienzideen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Insuffizienzideen
1910	120	12
1928	120	14
1946	120	22
1963	120	31
Alle Jahrgänge	480	79

b) Abhängigkeit der Insuffizienzideen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Insuffizienzideen
vor 1880	190	20
1880 - 1914	203	37
nach 1914	87	22

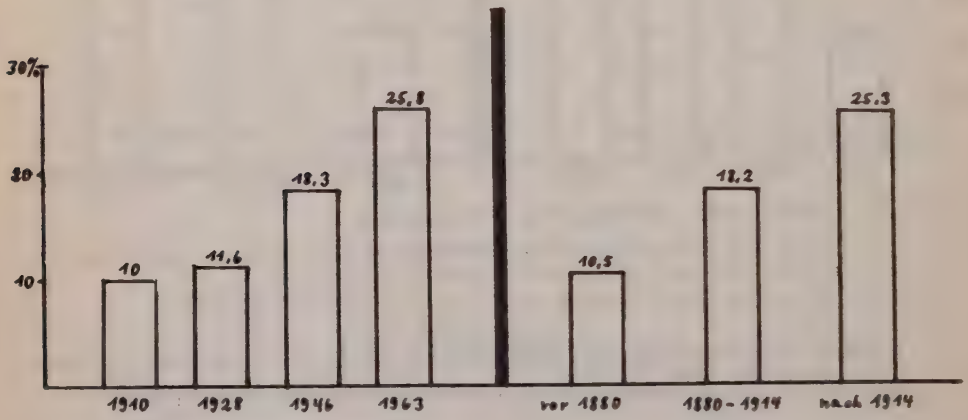

Abb.17 INSUFFIZIENZIDEEN
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Während in den Jahren 1910 und 1928 Insuffizienzideen noch annähernd gleich häufig vorgebracht werden, gewinnen sie in den letzten Jahrzehnten stark an Bedeutung (Abb.17). Hinzu kommt noch eine inhaltliche Verschiebung: die Insuffizienzideen beziehen sich im Jahre 1963 mehr auf die Leistung, in den übrigen Jahrgängen dagegen mehr auf die eigene Person.

7. Angst vor künftiger Arbeits- oder Leistungsunfähigkeit

Tab.18

a) Abhängigkeit der Angst vor künftiger Arbeitsunfähigkeit vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Künftige Arbeitsunfähigkeit
1910	120	0
1928	120	6
1946	120	2
1963	120	13
Alle Jahrgänge	480	21

b) Abhängigkeit der Angst vor künftiger Arbeitsunfähigkeit vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Künftige Arbeitsunfähigkeit
vor 1880	190	4
1880 - 1914	203	9
nach 1914	87	8

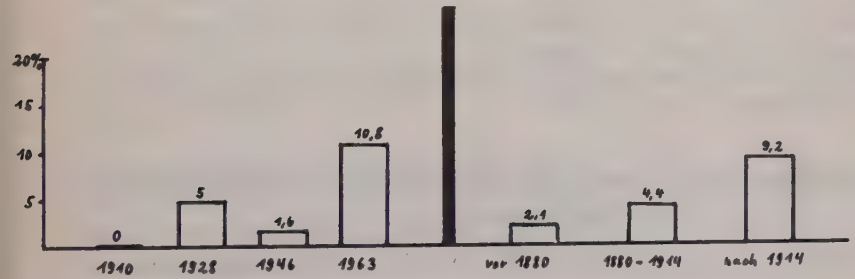

Abb.18 ANGST VOR KÜNFTIGER ARBEITS- UND LEISTUNGSUNFÄHIGKEIT
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Die wahnhafte Idee, nie mehr arbeiten oder etwas leisten zu können, hat in jüngster Zeit zugenommen, so daß 1963 etwa jeder zehnte Patient von dieser Angst befallen ist (Abb.18).

8. Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall

Das Daniederliegen der Vitalgefühle, die Denkhemmung und Antriebsverarmung in der endogenen Depression wirkt sich zwangsläufig auch auf die berufliche Tätigkeit der Schwermütigen aus. Es schien nun interessant, nachzuprüfen, ob die Patienten zu allen Zeiten gleich häufig über diese - durch die Depression als solche bedingte - Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit geklagt hatten, oder ob sie heute mehr als in früheren Jahren unter dem Absinken ihrer beruflichen Leistungen leiden.

Tab.19

a) Abhängigkeit der Klagen über berufliches Leistungsversagen vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Leistungsversagen
1910	120	32
1928	120	61
1946	120	68
1963	120	84
Alle Jahrgänge	480	245

b) Abhängigkeit der Klagen über berufliches Leistungsversagen vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Leistungsversagen
vor 1880	190	58
1880 - 1914	203	126
nach 1914	87	61

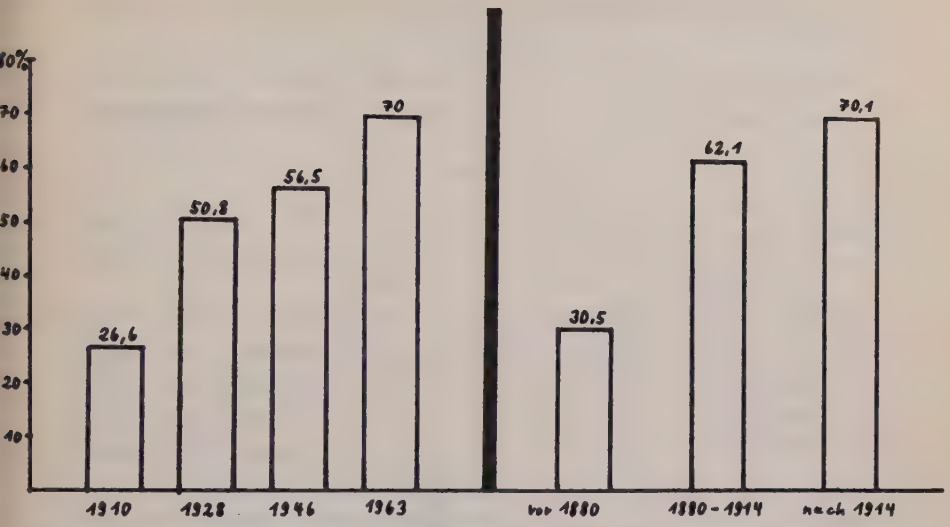

Abb.19 KLAGEN ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND LEISTUNGSABFALL
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Die Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall haben im untersuchten Zeitraum stark zugenommen (Abb.19); es wiederholt sich also die ansteigende Tendenz der auf die Leistung bezogenen depressiven Ideen.

9. Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes

Der vermeintlich bevorstehende Verlust des Arbeitsplatzes ängstigt 1910 vier und 1928 drei Patienten; 1946 findet man diese Vorstellung siebenmal, 1963 - in einer Zeit der Vollbeschäftigung also - nur noch einmal.

10. "Paranoische" Ideen

Beobachtungs-, Verfolgungs-, Beziehungswahn und ähnliche paranoische Ideen wurden zahlenmäßig nicht erfaßt, nachdem sich keine wesentliche Veränderung gezeigt hat. Es fiel allerdings auf, daß im Jahre 1946 Verfolgung und gewaltsamer Tod häufiger befürchtet wurden als in den übrigen Jahrgängen.

11. Suicidideen und Suicidversuche

Tab.20

a) Abhängigkeit der Suicidideen und Suicidversuche vom Aufnahmejahr

Aufnahmejahr	Zahl der Pat.	Suicidideen	Suicidversuche
1910	120	19	33
1928	120	31	19
1946	120	39	31
1963	120	49	12
Alle Jahrgänge	480	138	95

b) Abhängigkeit der Suicidideen und Suicidversuche vom Geburtsjahr

Geburtsjahr	Zahl der Pat.	Suicidideen	Suicidversuche
vor 1880	190	42	47
1880 - 1914	203	65	38
nach 1914	87	31	10

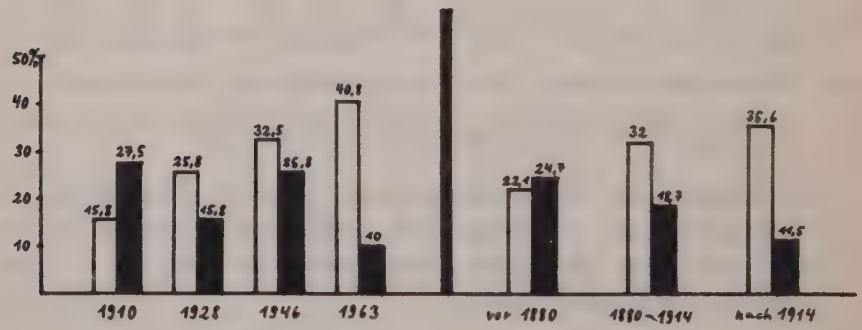

Abb.20 SUICIDIDEEN ☐
UND SUICIDVERSUCHE ■
(in % der Gesamtzahl der Kranken des gleichen Aufnahmejahres und der gleichen Geburtsjahrgänge)

Drei Ergebnisse der Abb.20 seien besonders hervorgehoben:

1. Die Suicidideen nehmen zu. Diese Entwicklung hängt vielleicht mit der genaueren Befragung der Patienten zusammen.
2. Die Suicidversuche nehmen ab. Wahrscheinlich läßt sich diese Abnahme auf die Einführung der Psychopharmaka zurückführen.
3. Die Summe der Suicidideen und Suicidversuche erreicht 1946 ein Maximum. Für diesen Anstieg sind sicher reaktive Momente mitverantwortlich.

B. DER EINFLUSS ZEITUNABHÄNGIGER FAKTOREN AUF DIE DEPRESSIVEN SYMPTOME

1. Abhängigkeit vom Geschlecht

Tab.21

Geschlecht	Männer	Frauen
Zahl der Patienten	240	240
Schuldideen	130	129
Religiöse Vergehen	22	25
Ethische Vergehen	21	21
Kriminelle Delikte	26	18
Sexuelle Vergehen	35	18
Verstöße gegen Berufspflichten	31	32
Verstöße gegen Familienpflichten	2	23
Schuld am Unglück Anderer	44	37
Existentielle Schuldideen	21	34
Schuldfolgevorstellungen	82	57
Religiöse Strafideen	23	29
Gerichtliche Strafideen	52	17
Schande als Schuldfolge	19	18
Krankheit als Schuldfolge	5	6
Nihilistische Ideen	7	8
Verarmungsideen	60	42
Hypochondrische Ideen	61	55
Klagen über körperliche Beschwerden	95	92
Insuffizienzideen	41	38
Angst vor künftiger Arbeitsunfähigkeit	13	8
Klagen über Arbeitsunfähigkeit	127	117
Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes	8	7
Suicidideen	69	69
Suicidversuche	50	45

Aus der Tab.21 geht zunächst hervor, daß bei Männern ebensoviel Schuldideen zu finden sind wie bei Frauen; die Feststellung von ORELLIS, die Frau sei schuldfühliger als der Mann, kann also in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Es ergeben sich jedoch recht deutliche Unterschiede, wenn man eine Aufschlüsselung in die einzelnen Schuldkategorien vornimmt: Männer bezichtigen sich häufiger krimineller Delikte und sexueller Verfehlungen, Frauen etwas mehr der rein religiösen Vergehen, vor allem aber der Verstöße gegen die Familienpflichten; auch findet man beim weiblichen Geschlecht in höherem Maße existentielle Schuldgefühle. Männer klagen sich etwas häufiger der Schuld am Unglück Anderer an; bei genauerer Untersuchung kann man dabei feststellen, daß sich diese Selbstvorwürfe bei Frauen mehr auf die Schuld am Unglück ihrer Familie, bei Männern mehr auf die Schuld am Unglück der weiteren Umwelt oder der ganzen Menschheit beziehen. Schuldfolgevorstellungen ängstigen das männliche Geschlecht mehr als das weibliche, ein Ergebnis, das vor allem dadurch zustande kommt, daß Männer wesentlich häufiger gerichtliche Strafen befürchten. Bei Frauen spielen dagegen religiöse Strafvorstellungen eine etwas größere Rolle. Bei der Vorstellung von "Schande" und ebenfalls von Krankheit als Schuldfolge lassen sich keine geschlechtsabhängigen Unterschiede nachweisen. Verarmungsideen werden von Männern häufiger vorgebracht, in geringerem Maße auch hypochondrische Befürchtungen und Klagen über körperliche Beschwerden. In den auf die berufliche Leistung bezogenen Ideen und Beschwerden - Insuffizienzideen, Angst vor künftiger Arbeitsunfähigkeit und Klagen über Leistungsversagen - stehen die Frauen den Männern zahlenmäßig etwas nach. Suicidideen und Suicidversuche sind auf beide Geschlechter etwa gleichmäßig verteilt.

2. Abhängigkeit vom Lebensalter

Tab.22

Altersgruppen	bis 30 J.		30 - 45 J.		45 - 60 J.		über 60 J.	
Zahl der Patienten	49		139		198		94	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Schuldideen	24	49%	72	52%	104	53%	59	63%
Religiöse Vergehen	8	16%	6	4%	18	9%	15	16%
Ethische Vergehen	6	12%	12	9%	9	5%	15	16%
Kriminelle Delikte	6	12%	10	7%	18	9%	10	11%
Sexuelle Vergehen	8	16%	15	11%	21	11%	9	10%
Berufspflichten	3	6%	24	17%	21	11%	15	16%
Familienpflichten	1	2%	14	10%	8	4%	2	2%
Schuld am Unglück Anderer	6	12%	15	11%	38	19%	22	23%
Existentielle Schuld	4	8%	15	11%	25	13%	11	12%
Schuldfolgevorstellungen	13	27%	30	22%	56	28%	40	43%
Religiöse Strafideen	6	12%	11	8%	18	9%	17	18%
Gerichtliche Strafideen	4	8%	13	9%	29	15%	23	25%
Schande als Schuldfolge	1	2%	8	6%	16	8%	12	13%
Krankheit als Schuldfolge	4	8%	1	1%	1	-	5	5%
Nihilistische Ideen	0	-	2	1%	2	1%	11	12%
Verarmungsideen	5	10%	22	16%	40	20%	35	37%
Hypochondrische Ideen	14	29%	29	21%	46	23%	27	29%
Körperliche Beschwerden	20	41%	64	46%	83	42%	20	21%
Insuffizienzideen	12	25%	24	17%	36	18%	7	7%
Arbeitsunfähigkeit	21	43%	80	58%	112	57%	32	34%
Suicidideen	14	29%	34	25%	66	33%	24	26%
Suicidversuche	7	14%	30	22%	38	19%	20	21%

Tab.22 zeigt, daß Schuldideen mit dem Alter zunehmen. Innerhalb der einzelnen Schuldkategorien lassen sich starke altersabhängige Verschiebungen nachweisen. Besonders auffallend ist die Tatsache, daß sich die jüngsten und die ältesten Patienten in weit stärkerem Maße rein religiöser und ethischer Vergehen anklagen als Patienten zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr, ein Ergebnis, das sich mit den Untersuchungen von ORELLIs deckt.

Bei den strafbaren Handlungen zeigt sich eine ähnliche, wenn auch nicht mehr so deutliche Tendenz. Selbstvorwürfe wegen Vernachlässigung der Berufs- und Familienpflichten findet man dagegen am haüfigsten bei den 30 bis 45-Jährigen. Selbstanklagen, am Unglück der Mitmenschen oder der Welt schuldig zu sein, treten bei den älteren Kranken vermehrt auf. Von existentiellen Schuldgefühlen sind mit Ausnahme der jüngeren Patienten alle Altersgruppen etwa gleich häufig betroffen. Bei den über 60- Jährigen beobachtet man einen bemerkenswerten Anstieg der Schuldfolgevorstellungen. Wie die Selbstvorwürfe wegen religiöser Vergehen, so verlieren auch die religiösen Strafideen bei Patienten der mittleren Altersgruppen stark an Bedeutung. Das Gleiche wiederholt sich bei der Vorstellung, von Gott mit einer Krankheit bestraft zu sein. Gerichtliche Strafideen und das Gefühl der Schande und Unwürdigkeit nehmen bis zum 60. Lebensjahr allmählich, danach erheblich zu. Nihilistische Ideen sind fast nur bei der höchsten Altersgruppe zu beobachten. Verarmungsideen zeigen eine mit dem Alter ansteigende Tendenz, doch ist auch hier nach dem 60. Lebensjahr eine besonders deutliche Zunahme festzustellen. Zu hypochondrischen Befürchtungen neigen die jüngsten Patienten noch häufiger als die Patienten der mittleren Altersgruppen. Über körperliche Funktionsstörungen klagen am seltensten die über 60-Jährigen. Insuffizienzideen gehen mit dem Alter zurück, wobei sich die Minderwertigkeitsgefühle der 30 bis 45-Jährigen mehr auf ihre Leistungen, die der übrigen Patienten mehr auf ihre eigene Person beziehen. Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall findet man bei Patienten der mittleren Altersgruppen häufiger als bei den jüngsten und ältesten Kranken. Bei den Suicidideen und Suicidversuchen läßt sich kein wesentlicher, vom Alter abhängiger Unterschied nachweisen.

3. Abhängigkeit vom Beruf

Tab.23

Berufsgruppen	Akademiker		Kaufleute		Beamte		Landwirte		Facharbeiter		Hilfsarbeiter	
Zahl der Patienten	75		66		51		57		108		55	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Schuldideen	49	65%	32	48%	30	59%	30	53%	57	53%	32	58%
Religiöse Vergehen	5	7%	8	12%	1	2%	11	19%	6	6%	7	13%
Ethische Vergehen	13	17%	6	9%	2	4%	5	9%	8	7%	4	7%
Kriminelle Delikte	7	9%	7	11%	7	14%	2	4%	14	13%	3	6%
Sexuelle Vergehen	14	19%	6	9%	7	14%	7	12%	11	10%	5	9%
Berufspflichtversäumnisse	13	17%	8	12%	8	16%	8	14%	11	10%	7	13%
Schuld am Unglück Anderer	13	17%	11	17%	12	24%	10	18%	10	9%	6	11%
Existentielle Schuld	8	11%	9	14%	9	18%	5	9%	14	13%	4	7%
Schuldfolgevorstellungen	21	28%	17	26%	14	27%	18	32%	33	31%	19	35%
Religiöse Strafideen	6	8%	6	9%	3	6%	14	25%	11	10%	8	15%
Gerichtliche Strafideen	16	21%	11	17%	12	24%	2	4%	11	10%	9	16%
Schande als Schuldfrage	6	8%	4	6%	4	8%	7	12%	11	10%	2	4%
Verarmungsideen	16	21%	18	27%	12	24%	16	28%	13	12%	10	18%
Hypochondrische Ideen	33	44%	16	24%	17	33%	11	19%	19	18%	6	11%
Körperliche Beschwerden	22	29%	24	36%	21	41%	25	44%	55	51%	17	31%
Insuffizienzideen	19	26%	10	15%	12	24%	8	14%	14	13%	7	13%
Arbeitsunfähigkeit	28	37%	33	50%	31	61%	34	60%	52	48%	35	64%
Suicidideen	21	28%	22	33%	10	20%	21	37%	30	28%	12	22%
Suicidversuche	16	21%	16	24%	10	20%	5	9%	25	23%	11	20%

Von den Ergebnissen der Tab.23 seien nur einige, besonders interessant erscheinende herausgegriffen.
Betrachtet man die Selbstvorwürfe wegen religiöser Vergehen und die religiösen Strafvorstellungen, so erkennt man, daß die göttliche Instanz bei der Gruppe der Landwirte und Arbeiter im Vergleich zu den Akademikern, Kaufleuten und Beamten eine bedeutsamere Rolle spielt. Bei den sozial gehobenen Berufsgruppen beobachtet man dagegen häufiger existentielle Schuldideen, Selbstanklagen, am Unglück der Mitwelt schuldig zu sein, und gerichtliche Strafideen. Hypochondrische und Insuffizienzideen treten ebenfalls bei den sozial höheren Schichten vermehrt auf.
Unter den einzelnen Berufsgruppen nehmen die Akademiker und Patienten mit Hochschulreife eine Sonderstellung ein: sie klagen sich am häufigsten ethischer Vergehen, sexueller Verfehlungen und beruflicher Pflichtversäumnisse an. Diese Patienten schließen auch beim Auftreten geringfügiger körperlicher Symptome rascher auf das Bestehen einer schweren oder unheilbaren Krankheit. Auch die Insuffizienzideen weisen bei ihnen einen Gipfel auf.
Vergleicht man die religiösen und kriminellen Vergehen und die entsprechenden Strafvorstellungen bei Landwirten und Beamten, so erkennt man, daß sich die Bauern von allen Berufsgruppen am häufigsten religiöser Verfehlungen und am seltensten krimineller Delikte bezichtigen; genau umgekehrt verhält es sich bei den Beamten. Das Gleiche wiederholt sich auch bei den Strafvorstellungen: die religiösen Strafideen weisen bei den Landwirten das Maximum, bei den Beamten das Minimum auf; gerichtliche Strafen befürchten dagegen die Beamten am häufigsten, die Landwirte am seltensten.

4. Abhängigkeit vom Wohnort

Tab.24

Wohnort	Stadt		Land	
Zahl der Patienten	139		183	
	abs.	%	abs.	%
Schuldideen	76	55%	95	52%
Religiöse Vergehen	10	7%	24	13%
Ethische Vergehen	11	8%	10	6%
Kriminelle Delikte	15	11%	13	7%
Sexuelle Vergehen	10	7%	25	14%
Verstöße gegen Berufspflichten	11	8%	21	12%
Verstöße gegen Familienpflichten	7	5%	7	4%
Schuld am Unglück Anderer	25	18%	34	19%
Existentielle Schuldideen	16	12%	17	9%
Schuldfolgevorstellungen	34	24%	58	32%
Religiöse Strafideen	9	7%	31	17%
Gerichtliche Strafideen	17	12%	26	14%
Schande als Schuldfolge	10	7%	15	8%
Krankheit als Schuldfolge	2	1%	6	3%
Nihilistische Ideen	6	4%	4	2%
Verarmungsideen	32	23%	35	19%
Hypochondrische Ideen	32	23%	41	23%
Körperliche Beschwerden	42	30%	78	43%
Insuffizienzideen	23	17%	23	13%
Angst vor künft. Arbeitsunfähigk.	6	4%	9	5%
Klagen über Arbeitsunfähigkeit	62	45%	92	50%
Suicidideen	34	25%	59	32%
Suicidversuche	34	25%	21	12%

Wie aus der Tab.24 ersichtlich ist, sind bei den Städtern etwas häufiger Schuldideen zu beobachten, während den Schuldfolgevorstellungen auf dem Lande eine größere Bedeutung zukommt. Alle den religiösen Bereich betreffenden Ideen - so die rein religiösen Vergehen, die sexuellen Verfehlungen, welche zumeist als Verstöße gegen das sechste Gebot aufgefaßt werden, ferner die Verdammungsideen und die Vorstellung, von Gott mit einer Krankheit bestraft zu sein - spielen bei den auf dem Lande lebenden Patienten eine ungleich größere Rolle. Diese Unterschiede haben sich jedoch in der jüngsten Vergangenheit weitgehend verwischt. Krimineller Delikte bezichtigen sich die Stadtbewohner häufiger, dagegen befürchten sie etwas seltener gerichtliche Strafen. Von Verarmungsängsten sind die Städter in höherem Maße betroffen; auch Insuffizienzideen werden von ihnen häufiger vorgebracht. Bei den auf dem Lande wohnenden Kranken findet man dagegen vermehrt Selbstvorwürfe wegen beruflicher Pflichtversäumnisse sowie Klagen über körperliche Beschwerden und Leistungsversagen.

V. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Bei der Diskussion der Ergebnisse hat man zu bedenken, daß die beobachteten Symptomverschiebungen durch zahlreiche statistische Fehler vorgetäuscht sein könnten. So kann man zunächst einwenden, daß die Hospitalisierungsbedingungen im Einzugsgebiet der Münchner Klinik in den vergangenen 50 Jahren nicht immer gleich waren. Die im Jahre 1922 erfolgte Umwandlung der ursprünglich rein psychiatrischen in eine gemischt psychiatrisch-neurologische Klinik, der Wegfall einer angesehenen Privatklinik in München, die Auflösung einer städtischen psychiatrischen Abteilung sowie die zeitweise Überfüllung der Klinik mit akuten neurologischen Fällen könnten sich natürlich auch auf die Auswahl der Depressionen ausgewirkt haben. Tatsächlich ist aber trotz der wechselnden Bettenkapazität und der unterschiedlichen Aufnahmepraxis die Zahl der endogenen Depressionen in den einzelnen Jahrgängen annähernd konstant geblieben. Dies spricht unter der Voraussetzung einer gleichbleibenden Melancholieinzidenz in der Bevölkerung zugunsten einer gleichmäßigen Zusammensetzung des Krankengutes. Aus demselben Grund ist auch nicht anzunehmen, daß sich die diagnostischen Maßstäbe auf diesem Gebiet unter den vier Klinikdirektoren wesentlich geändert hätten. Es mag sein, daß die eine oder andere Melancholie im Jahre 1910 nicht als solche erkannt wurde; auf der anderen Seite ist der Begriff der endogenen Depression in den letzten Jahrzehnten eher noch enger gefaßt worden und so werden früher als nicht-endogen angesehene Zustände heute trotz unseres Wissens um ihre teilweise endogene Bedingtheit meist ebenfalls nicht zur Kerngruppe der Melancholien gerechnet, sondern zu den depressiven Randpsychosen - etwa der vegetativen Depression von LEMKE oder der endoreaktiven Dysthymie von WEITBRECHT - gezählt, die aber in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt wurden.

An dem repräsentativen Charakter der Stichproben haben wir bei der geschilderten Art unseres Vorgehens wenig Zweifel.

Was die Homogenität des Beobachtungsgutes angeht, so findet sich in den vier Gruppen eine annähernd gleiche Anzahl von ersten und wiederholten Phasen, von unipolaren und bipolaren Verlaufsformen. Durch die Zuwanderung der Flüchtlingsbevölkerung nach 1945 hat

sich zwar die landsmannschaftliche Gliederung etwas verschoben, doch dürfte dies nicht zu sehr ins Gewicht fallen, zumal sich an der konfessionellen Schichtung hierdurch wenig geändert hat.
Als ein schwierigeres Problem erwies sich dagegen die Tatsache, daß das Krankengut zwar hinsichtlich des Geschlechts gleichmäßig auf die vier Jahrgänge verteilt war, nicht aber bezüglich der anderen Variablen, denen nach den aufgezeigten Ergebnissen ein Einfluß auf die depressiven Symptome zukommt. Dies führt nun zu einer methodischen Frage, die an einem Beispiel erläutert sei. Bekanntlich sind die religiösen Vergehen im beobachteten Zeitraum in signifikanter Weise zurückgegangen. Ferner wurde festgestellt, daß die sozial tieferstehenden Berufe einen höheren Prozentsatz von Selbstanklagen dieser Art aufweisen als die sozial gehobenen Berufsgruppen. Nun könnte aber eine tatsächliche Einwirkung der Zeitepoche auf die Häufigkeit der Versündigungsideen eine solche der Berufsgruppen lediglich vortäuschen. Dies wäre der Fall, wenn sich unter der Gesamtzahl der Landwirte und Arbeiter ein besonders hoher Prozentsatz aus den Jahren 1910 und 1928 befände, da ja in diesen Zeitabschnitten die religiösen Vergehen gehäuft auftreten. Das folgende Diagramm (Abb.21) zeigt, daß unter den Patienten mit Versündigungsideen die Jahrgänge 1910 und 1928 überrepräsentiert sind. Gleichzeitig erkennt man aber, daß die Gesamtgruppe der 220 Landwirte und Arbeiter annähernd gleichmäßig auf die vier Jahrgänge verteilt ist, so daß also die Korrelation zwischen der Zugehörigkeit zu dieser Berufsgruppe und der Häufigkeit der Versündigungsideen tatsächlich besteht. Könnte nun aber umgekehrt die Abnahme der Versündigungsideen im Laufe der letzten 50 Jahren nicht einfach dadurch zustande kommen, daß in den beiden ersten Jahrgängen die Berufsgruppe der Arbeiter und Landwirte relativ zu den übrigen Berufsgruppen zufällig stärker vertreten ist? Das ist nicht der Fall. Der prozentuale Anteil der Landwirte und Arbeiter am gesamten nach Berufen geordneten Krankengut hat zwar etwas abgenommen, doch ist diese Abnahme viel zu gering, um den starken Rückgang der Selbstanklagen wegen religiöser Vergehen zu erklären. Diese sinkende Tendenz findet man übrigens bei allen Berufsgruppen. Die Abnahme der

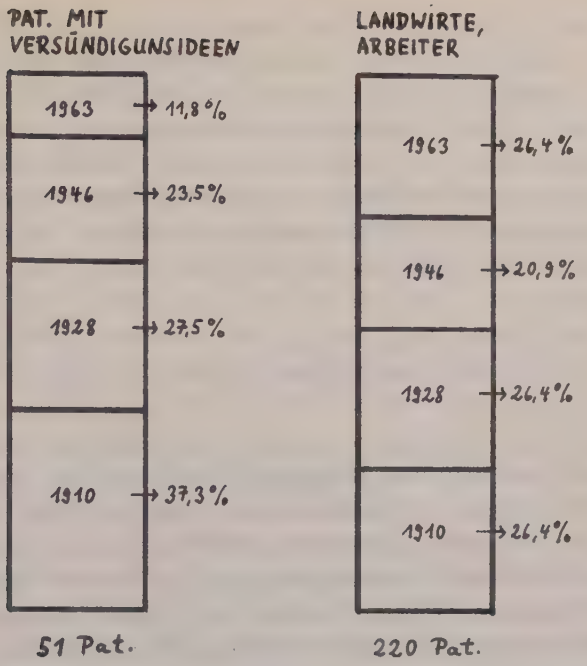

Abb.21 DIE VERTEILUNG DER PATIENTEN MIT VERSÜNDIGUNGSIDEEN UND DER PATIENTEN AUS DEN SOZIAL NIEDRIGEREN BERUFSGRUPPEN AUF DIE EINZELNEN JAHRGÄNGE

Versündigungsideen ist also ebensowenig wie die meisten anderen Symptomwandlungen ein auf eine zufällige Inhomogenität des Ausgangsmaterials rückführbares Phänomen, sondern eine von anderen meßbaren Variabeln weitgehend unabhängige Erscheinung.
Als weiteren Einwand gegen die Stichhaltigkeit der Untersuchungsergebnisse könnte man vorbringen, daß in der letzten Beobachtungsspanne ein großer Teil der Patienten bereits ambulant vorbehandelt war, so daß sich diese Gruppe bei der Klinikeinweisung in einem anderen - therapeutisch beeinflußten - Verlaufsstadium befand als die übrigen Gruppen. Autonomer und therapiebedingter Symptomwandel sind hier also nicht klar voneinander abzugrenzen. Trotz dieser Bedenken spricht aber die Gleichmäßigkeit der Kurvenverläufe während des ganzen beobachteten Zeitraums dafür, daß ihnen ein einheitlicher, von den therapeutischen Möglichkeiten relativ unabhängiger Trend zugrundeliegt.

Schließlich ist noch daraufhinzuweisen, daß bei den einzelnen Patienten während der beobachteten Zeitspanne die Gesamtzahl der depressiven Symptome etwa gleichgeblieben ist; die geringere prozentuale Häufigkeit eines bestimmten depressiven Einzelsymptoms wird also nicht etwa dadurch wieder wettgemacht, daß diesem Symptom infolge der gleichzeitigen Abnahme anderer depressiver Krankheitsäußerungen ein größeres Gewicht innerhalb des Gesamtbildes zukame.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Die wichtigsten Ergebnisse unserer Untersuchung sind folgende:

1. Die Schuldideen bei der Melancholie sind in den letzten 50 Jahren zurückgegangen. Selbstvorwürfe wegen rein religiöser Vergehen, wegen Verstößen gegen allgemein anerkannte ethische oder staatliche Gesetze sowie wegen sexueller Verfehlungen haben abgenommen. Dagegen sind Selbstanklagen wegen Verstößen gegen Berufs- oder Familienpflichten erheblich angestiegen.
2. Dem Rückgang der Schuldideen entspricht eine Abnahme auch der Schuldfolgevorstellungen, eine Entwicklung, die sowohl bei den religiösen wie den gerichtlichen Strafideen nachzuweisen ist.
3. Bei den Instanzvorstellungen fällt auf, daß Gott und die weltliche Autorität zusehens an Bedeutung verlieren; an ihre Stelle tritt die mitmenschliche Instanz und das eigene Gewissen.
4. Verarmungsideen sind in den ersten drei Zeitabschnitten annähernd gleich häufig vorgebracht worden, im letzten Jahrgang beobachtet man jedoch ein merkliches Absinken.
5. Hypochondrische Ideen haben nur unbedeutend, Klagen über körperliche Funktionsstörungen jedoch deutlich zugenommen.
6. Die auf die berufliche Leistung bezogenen Insuffizienzideen und noch mehr die Klagen über Arbeitsunfähigkeit und Leistungsabfall gewannen stark an Geltung.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung decken sich also in vielen Punkten mit denen ORŁLLIs. Der von KRANZ herausgearbeitete Unterschied zwischen Schizophrenie und Depression hinsichtlich ihrer Abhängigkeit vom Zeitgeschehen ist zwar auch an unserem Beobachtungsgut zu erkennen; doch fehlen auch den Depressiven nicht alle Zeitbezüge. In den Wahnthemen des Schizophrenen

scheint sich mehr das aktuelle Tagesereignis, in denen des Schwermütigen mehr der Zeitgeist wiederzuspiegeln.

7. Schuldideen sind bei Männern und Frauen gleich häufig, Schuldfolgevorstellungen bei Frauen seltener nachzuweisen. Selbstbezichtigungen wegen strafbarer Handlungen und sexueller Vergehen sowie gerichtliche Strafideen findet man bei Männern häufiger. Frauen klagen sich mehr religiöser Sünden, besonders aber der Verstöße gegen ihre Familienpflichten an; auch spielen bei ihnen religiöse Strafideen eine größere Rolle. Verarmungsideen werden von Männern häufiger vorgebracht, in geringerem Maße auch hypochondrische Befürchtungen und Klagen über körperliche Beschwerden, ferner die auf berufliche Leistung bezogenen Vorstellungen.
8. Schuld- und Strafideen gewinnen mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Selbstanklagen wegen religiöser, ethischer und krimineller Vergehen sowie religiöse Strafvorstellungen findet man bei Patienten der mittleren Altersgruppen seltener, häufiger dagegen Vorwürfe wegen Vernachlässigung der Berufs- und Familienpflichten und Klagen über Leistungsversagen. Gerichtliche Strafideen, nihilistische Ideen und Verarmungsängste nehmen mit dem Alter zu, Insuffizienzideen jedoch ab.
9. Bei den sozial gehobenen Berufsgruppen treten Selbstvorwürfe, am Unglück der Mitmenschen schuldig zu sein, existentielle Schuldideen sowie hypochondrische Befürchtungen und Insuffizienzideen vermehrt auf. Religiöse Vergehen und Strafen spielen bei den Arbeitern und Landwirten eine größere Rolle. Akademiker beschuldigen sich am häufigsten ethischer Vergehen, sexueller Verfehlungen und beruflicher Pflichtversäumnisse; auch die hypochondrischen Ängste und die Insuffizienzideen weisen bei ihnen einen Gipfel auf.
10. Alle das Religiöse betreffenden Ideen, ferner Klagen über körperliche Beschwerden, Selbstvorwürfe wegen Vernachlässigung der Berufspflichten und Klagen über nachlassende Leistungsfähigkeit beobachtet man häufiger bei den auf dem Lande lebenden Patienten. Die Städter sind in stärkerem Maße von Verarmungs- und Insuffizienzideen betroffen.

LITERATURANGABEN

v. Baeyer, W.: Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktionen in der Gegenwart. Nervenarzt 19, 402-408 (1948)

Jaspers, K.: Philosophie, 3.Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1956

Kranz, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. Fortschr. Neurol. 23, 58-72 (1955)

Lambo, T.A.: Rural psychiatric observations in the Western Region of Nigeria. Brit. Med. J. 1956/II, 1388-1394

Ders.: Futher neuropsychiatric observations in Nigeria. Brit. Med. J. 1960/II, 1696-1704

Murphy, H.B.M., Wittkower, E.D. and Chance, N.A.: Crosscultural inquiry into the symptomatology of depression. Transcultural Psychiatric Research I, 5-18 (1964)

v. Orelli, A.: Der Wandel des Inhaltes der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie. Schweiz. Arch. Neurol. 73, 217-287 (1954)

Pfeiffer, W.M.: Geistige Störungen bei den Sundanesen. Psychiat. Neurol. 143, 315-333 (1962)

Ders.: Vergleichende psychiatrische Untersuchungen bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Westjava. Arch. Psychiatr. 204, 404-414 (1963)

Wagner, W.: Das Zeitgemäße als Problem der Psychiatrie. In: Festschrift für Kurt Schneider, 121-130 Willsbach und Heidelberg: Scherer 1947

Herrn Professor Dr. K.Kolle danke ich für die Möglichkeit, die Untersuchungen in der Nervenklinik der Universität München durchführen und die Krankengeschichten des Klinikarchivs heranziehen zu dürfen.
Herrn Priv.Doz.Dr.H.Lauter danke ich für die Ratschläge bei der Ausführung meiner Arbeit.

L e b e n s l a u f

Geboren am 19. 5. 1938 in Kempten als zweiter Sohn des Geschäftsinhabers Benedikt Schön und seiner Ehefrau Josepha, geb. Meitinger.

Von 1944 bis 1949 Besuch der Volksschule in Blankenburg, anschließend des Humanistischen Gymnasiums in Dillingen und Donauwörth.
Nach der im Juli 1958 abgelegten Reifeprüfung Immatrikulation an der Philosophischen Hochschule in Augsburg.

Studium der Medizin in Tübingen und München.
Am 17. 2. 1967 Abschluß der ärztlichen Prüfung.